

相 談 用 紙			紹介者名	
相 談 日	平成	年	月	日
児 童 名				担 当 者 名
性 別				男 ・ 女
生年月日	平成	年	月	日 (歳 ヶ月)
所 属	(保育所・幼稚園・学校等の名称)			
	担任者名 ()			
保護者名	父			
	母			
住 所	〒 _____			

	TEL () _____			
	FAX () _____			
家族構成	続 柄	氏 名	年 齢	職 業

○通常の一週間の主な生活時間帯をご記入ください。

曜日	月	火	水	木	金
時間					
8時					
9時					
10時					
11時					
12時					
1時					
2時					
3時					
4時					
5時					

お 子 さ ま の 記 録

お子さまのお名前 _____

この調査票は、お子さまのこれからの訓練や療育指導について、適切な方針を立てるための大切な資料になるものです。

できるだけ詳しくご記入ください。もし、母子手帳や育児日記などを保存されていたら、参考にしながらご記入ください。

あてはまる項目にはすべて○印を、空欄には必要なことがらをご記入ください。

また、項目に当てはまらなくても、それに関連したことで、気になられることがありましたら、余白のところに記入ください。

ご記入いただきましたことにつきましては、個人情報として厳重に保管し、外部に流出することはありません。

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入された方：父・母・祖父・祖母・その他の養育者（ _____ ）

< 1 > 現在、お子さまのことで気になっておられることは、どのようなことですか？

< 2 > 最初にお子さまの問題に気づかれたのは？

誰が？ _____

いつ？ _____

どのようなことから？ _____

< 3 > そのことについて、医療機関で診断を受けられましたか？

- ・ 受けない。
- ・ 受けた。

いつ？ _____

どこで？ _____

どのような結果でしたか？（診断内容など）

< 4 > 上記のほかに、診断や知能検査、発達検査を受けられたことがありますか？

いつ	どこで	検査内容	結果
年 月			

< 5 > 今までに治療や訓練のために、比較的長期間、通われたところがありますか？

医療機関名等	期間： 年 月～約（ ）年間	治療・訓練の内容

< 6 > 今までに手術や入院治療などを受けられたことがありますか？

いつ	医療機関名	内 容
年 月		

<7> 保育所・幼稚園・学校・通園施設など、現在にいたるまでに通われたところをすべてご記入ください。

通所機関	通所期間 年 月～ 年 月	適応状況

<8> 妊娠中の様子

1. お子さんを妊娠している間に、お母さんが次のような病気にかかれたことがありましたか？ [風疹（三日はしか）・はしか・猩紅熱・水疱瘡・ヘルペス・その他皮膚に発疹のでる病気・おたふくかぜ・インフルエンザ・肺炎・糖尿病・貧血・ほか]

ない・ある：妊娠 月 月のころ、 にかかった。

2. そのほかに、妊娠中に変わったできごとや、医師から特に注意されたこと、妊娠中に飲んだ薬、ご自分で気にされていたこと、などがありましたら、ご記入ください。

ない・ある：()

<9> お産の時のこと

1. お子さんの出産時、お母さんは何歳でしたか？ (歳)
2. 出産の際の、お子さんの体位は、どうでしたか？ (普通・逆子・その他：)
3. 予定日に出産されましたか？ (ほぼ予定どおりに生まれた・予定日より 日 位早かった・ 日位遅かった)
4. 難産でしたか？ (軽かった・普通・難産だった：)
5. 出産の時、子(かんし)をかけましたか？ (かけなかった・かけた)
6. 出産の時、麻酔をかけましたか？ (かけなかった・かけた)
7. 出産時の体重は _____ g でした。
8. 出産直後の様子は どうでしたか？

- ・すぐ泣き声が聞こえた。
- ・しばらく仮死状態で泣かなかった。約 分 くらい。
- ・血の気がなく、紫色になっていた。
- ・その手当てに、どのようなことをされましたか？

()

9. 生まれて間もない頃、黄疸（おうだん）がでて、身体が黄色くなりましたか？
 （気がつかなかった・ふつう・強かった： ___ 日目から ___ 日位続いた）

10. これらのほかに、出産の時に変わったことがありましたら、お書きください。
 (_____)

< 10 > 出生後、6ヶ月頃までの様子

1. 痲が強くて、激しく泣くことが多かったですか？ (はい・いいえ)
2. 大人しくて、静かで、手のかからないお子さんでしたか？ (はい・いいえ)
3. 生まれて間もなく、おっぱいが吸えましたか？

- ・吸いつく力がなかった。 ___ 日位のあいだ。
- ・飲む力が弱かった。
- ・飲む量が少なくて困った。
- ・おっぱいが鼻からもれて、出てくることがあった。
- ・ふつう

4. おっぱいは：母乳・母乳とミルク・牛乳・人口栄養

5. 離乳をしたのは ___ ヶ月頃。

6. 風邪や消化不良、そのほかの病気にかかりやすかったですか？ (はい・いいえ)

7. 高熱の出る病気にかかったことがありましたか？

・なかった・あった： ___ ヶ月頃に、 ___ 度くらいの熱が ___ 日位続いた。

そのとき、ひきつけはおこしましたか？

・おこさなかった・おこした： ___ 回位。

その病気の後、発育の様子に変化はありましたか？ なかった・あった：

(_____)

< 11 > その後、大きな病気にかかりましたか？ かかっていない・かかった：

〇歳〇ヶ月	疾患名	治癒まで〇日	その後の発達の様子の変化
		日位	なかった・あった (_____)
		日位	
		日位	

4. 視力障害はありますか？

- ・ない
- ・ある
 - 1) 斜視
 - 2) 近視
 - 3) 遠視
 - 4) その他 _____

<16>くせや体質について、お伺いします。

少し、ふつうと変わったクセや、習慣がありましたら、あてはまる項に○印をつけてください。

1. 貧乏ゆすりをよくする。
2. わけもなく、身体をゆり動かしている。
3. へんな手つきをする。
4. 目をパチパチしたり、顔をしかめることがよくある。
5. 大きな音に驚きやすい。
6. 驚くと、顔が真っ青になる。
7. 汗を多量にかく。
8. 夜尿（おねしょ）をする。
9. 下痢しやすい、便秘しやすい、吐きやすい。
10. ジンマシンやストロフルスができやすい。
11. その他 _____

<17>今回、来所された目的はどのようなことでしょうか？

1. () について、評価をしてほしい。
2. 家庭でどのように援助をすれば良いか、教えてほしい。
3. 通所訓練を受けたい。
4. その他 ()